

Salón de Actos del
Hospital Universitario de Toledo
30-noviembre-2023

I JORNADA
SOBRE CRIBADO DE
CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO
DE CASTILLA-LA MANCHA





Castilla-La Mancha

SEGUIMIENTO TRAS ALTERACIÓN DEL CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX

INMACULADA RUSTARAZO HERVÁS
FEA OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
H. UNIVERSITARIO DE TOLEDO

I JORNADA SOBRE EL CRIBADO DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO DE CASTILLA-LA MANCHA



90%

De la población mundial estará infectada a lo largo de su vida



La tertulia (1929), Ángeles Santos, óleo sobre lienzo





@saludsexall |

SÓLO EN UN 10-15% DE CASOS, SE PRODUCE UNA INFECCIÓN VPH PERSISTENTE.





NIVELES DE RIESGO INMEDIATO DE H-SIL/CIN 3+

| Riesgo inmediato de HSIL/CIN3+ | Resultados de pruebas de cribado | Actuación clínica según umbral de riesgo |
|--------------------------------|--|---|
| ≥ 25% | <ul style="list-style-type: none">Citología HSIL o ASC-H, ACG, AIS o carcinoma (independientemente de resultado de la prueba VPH) | Colposcopia |
| ≥ 10 - 25% | <ul style="list-style-type: none">VPH 16/18 y citología (<i>triage</i>) ASC-US o LSIL | |
| ≥ 5 - 10% | <ul style="list-style-type: none">VPH 16/18 y citología (<i>triage</i>) negativaVPH positivo (no genotipado) y citología (<i>triage</i>) ASC-US o LSIL | |
| ≥ 0,5 - 5% | <ul style="list-style-type: none">VPH positivo (no genotipado) y citología (<i>triage</i>) negativaVPH no 16/18 y citología (<i>triage</i>) negativa, ASC-US o LSILCitología LSIL y VPH (<i>triage</i>) negativo | Seguimiento con pruebas de cribado (en 1 año) |
| ≥ 0,15 - 0,5% | <ul style="list-style-type: none">Citología (cribado) negativaCitología ASC-US y VPH (<i>triage</i>) negativo | Seguimiento con pruebas de cribado (a los 3 años) |
| < 0,15% | <ul style="list-style-type: none">VPH (cribado) negativo | Cribado rutinario |



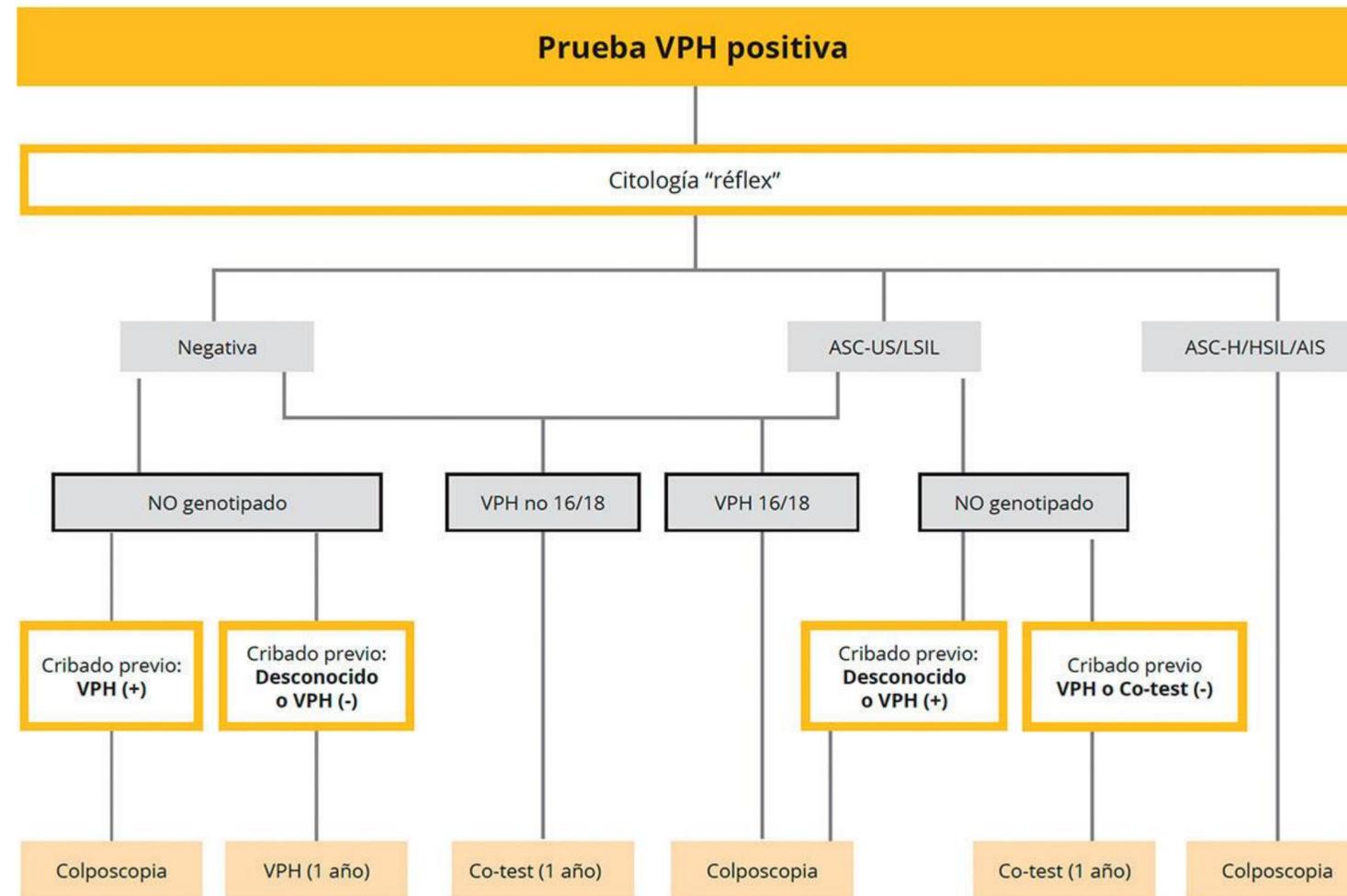


Conoce a fondo la
Guía de Prevención 2022
CURSO ONLINE

Prueba VPH positiva



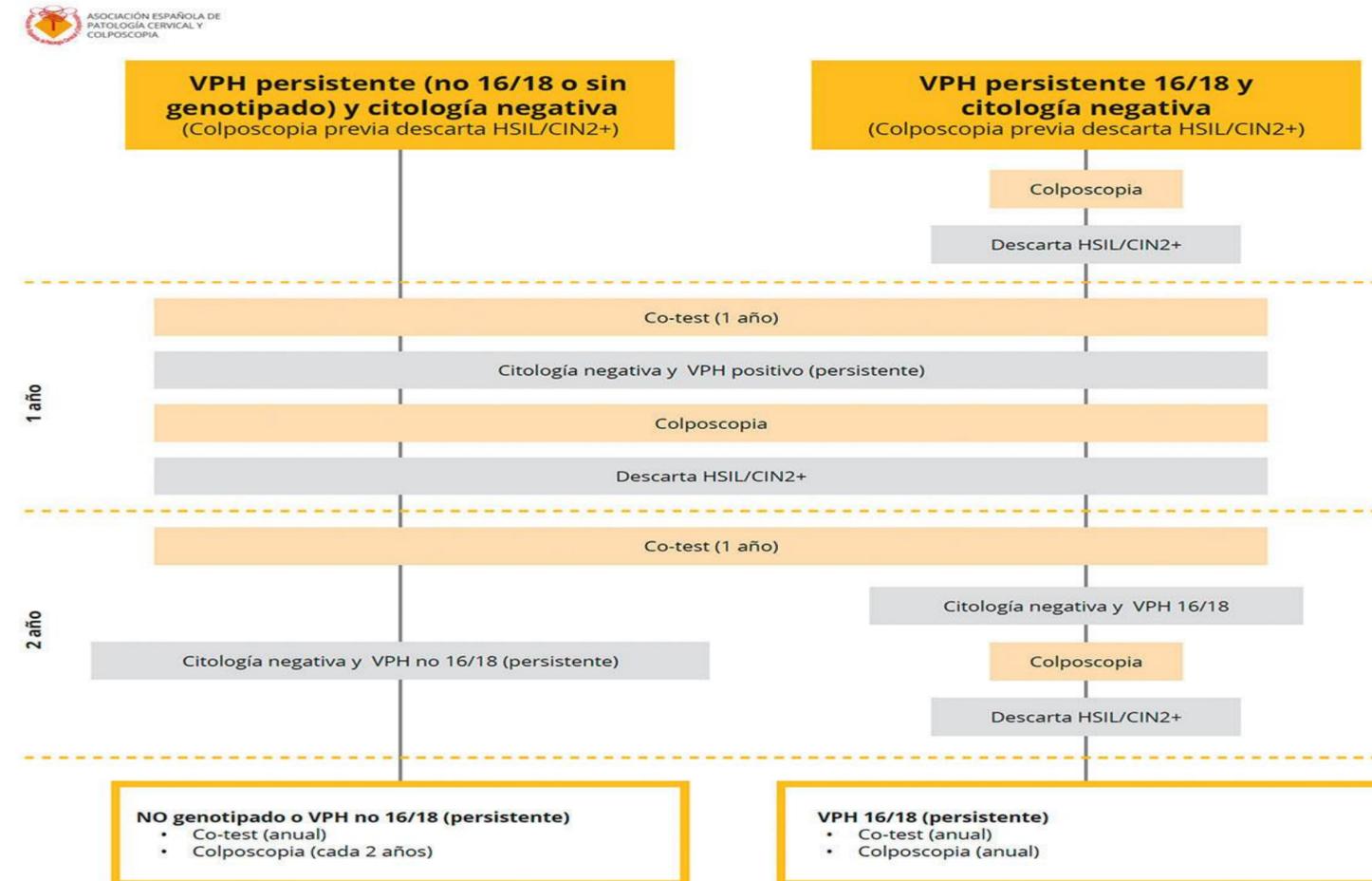
1.- TEST VPH-AR POSITIVO



AEPCC-Guía: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO, 2022.
Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado

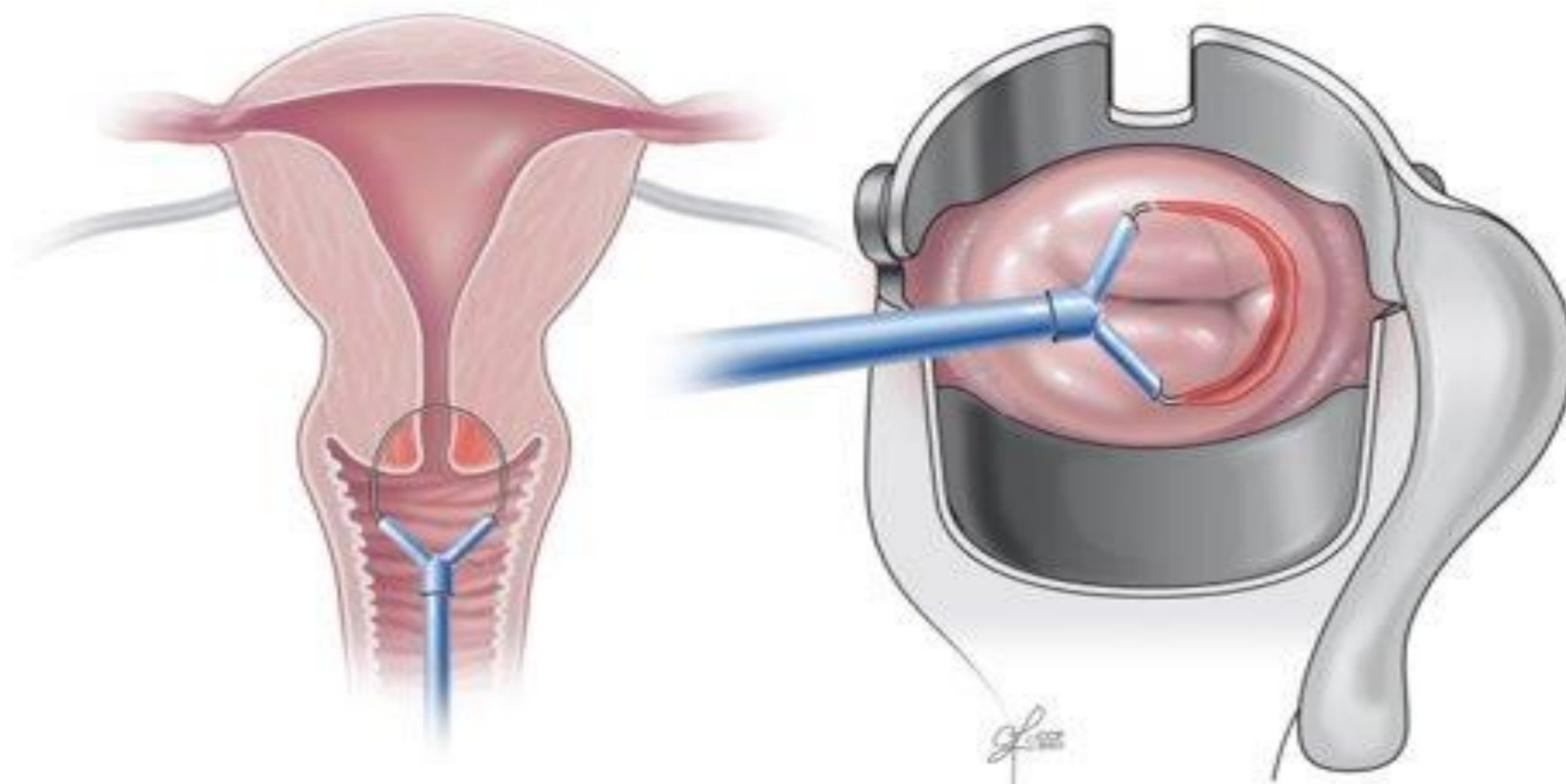


2.- VPH-AR PERSISTENTE + CITOLOGÍA NEGATIVA





Castilla-La Mancha



**NO SE TRATA EL RIESGO (VPH),
SE TRATA LA LESIÓN.**

I JORNADA SOBRE EL CRIBADO DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO DE CASTILLA-LA MANCHA





- **SEGUIMIENTO** hasta **NEGATIVIZACIÓN O APARICIÓN DE LESIÓN PRENEOPLÁSICA**. ————— si **NO LESIÓN**, **NO** haremos **TRATAMIENTO** (NO TRATAMOS INFECCIÓN, SÓLO LESIÓN).
- **ALTA Y PASO A CRIBADO POBLACIONAL** —————> si **2**
COTEST CONSECUTIVOS NEGATIVOS



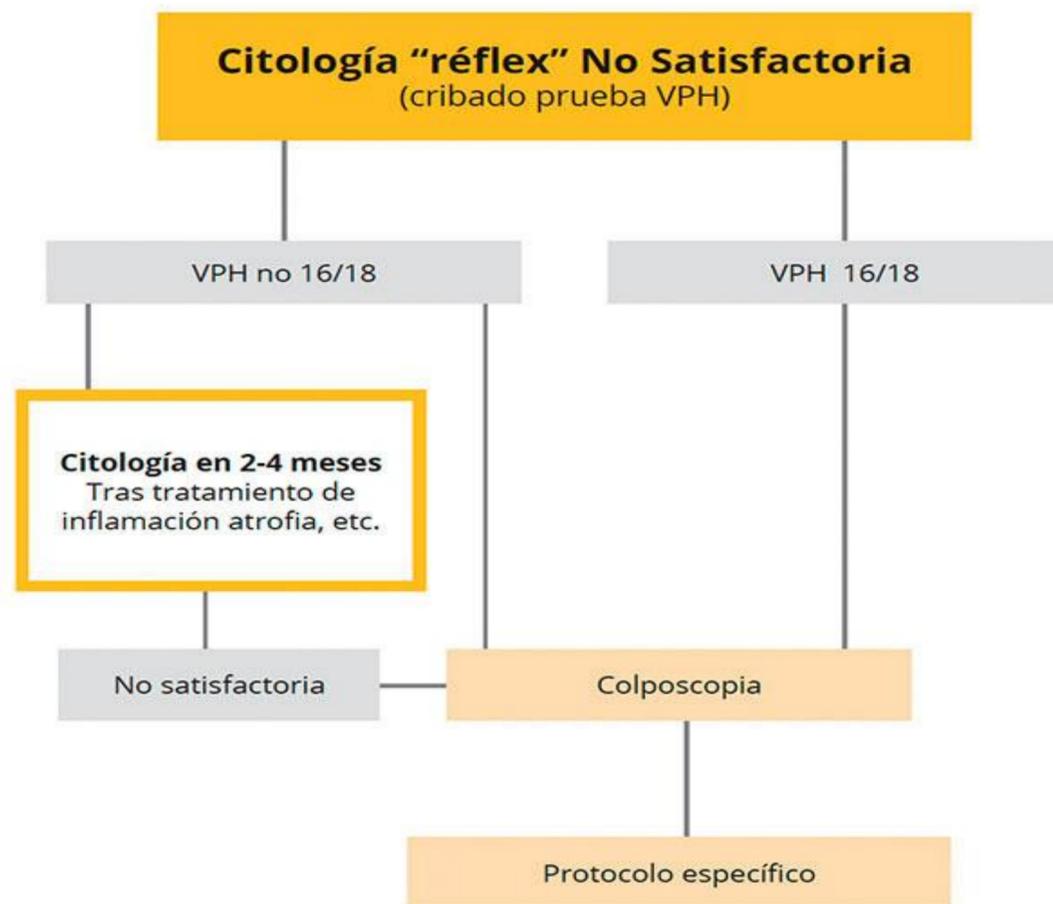
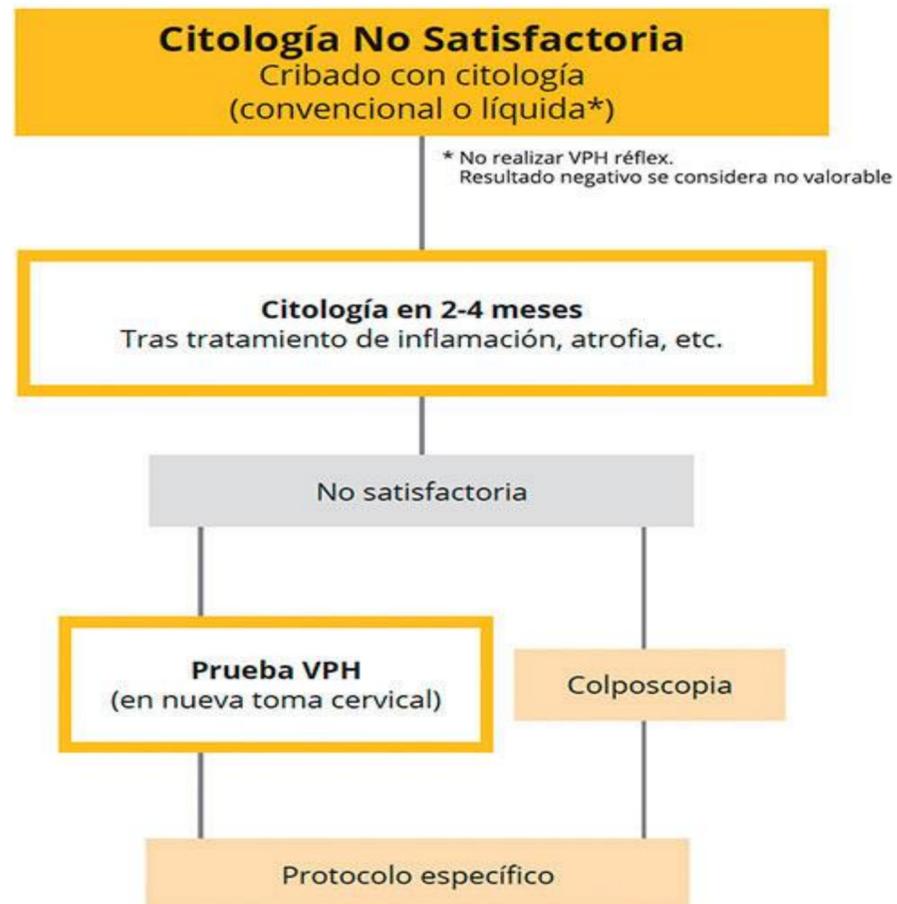


3.- Citología NO SATISFACTORIA

La actitud a seguir ante una citología NO SATISFACTORIA, va a depender de la edad de la paciente:

- Si < 35años ——— repetir **CITOLOGÍA EN 2-4 MESES** previo tratamiento de la causa.
- Si 35 ó más años ——— realizar **TEST VPH** y actuar en función del mismo.
 - * VPH 16/18 —————> **COLPOSCOPIA**
 - * VPH NO 16/18 ———-> **repetir CITOLOGÍA EN 2-4 MESES** previo tratamiento

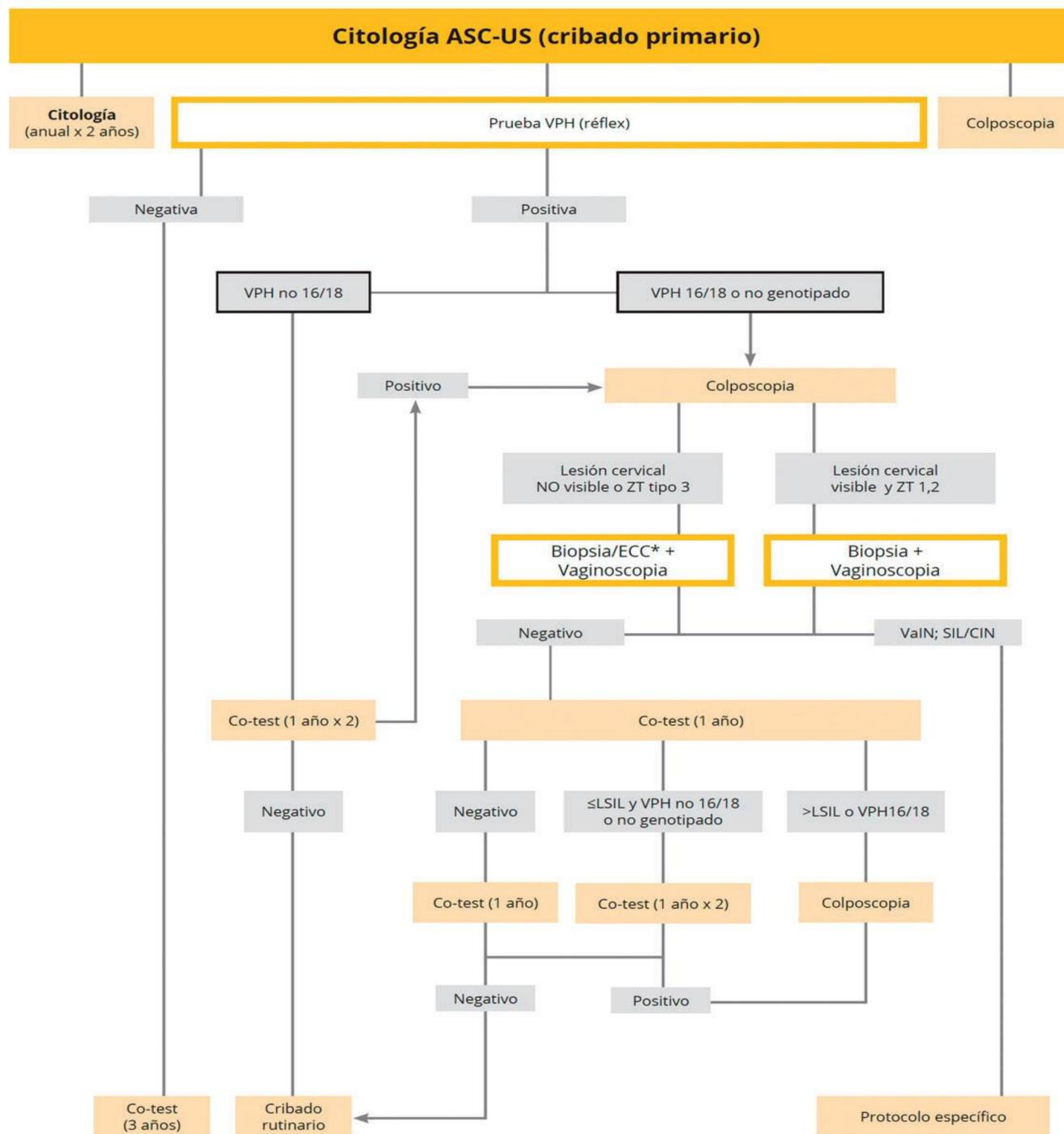




AEPCC-Guía: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO, 2022.
Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado



4.- Citología ASC-US (CRIBADO PRIMARIO)



En una infección por VPH 16, el riesgo inmediato y a 5 años de HSIL/ CIN3+ en mujeres con citología ASCUS es del 9 y 13%, respectivamente.

Ante una colposcopia/ biopsia realizada por un resultado anormal de bajo grado (citología LSIL o VPH positivo con citología normal o ASCUS) que descarte HSIL /CIN2+, el riesgo de persistencia de estas alteraciones en los controles posteriores se reduce notablemente.





Riesgo Inmediato de CIN 3+ en ASC-US

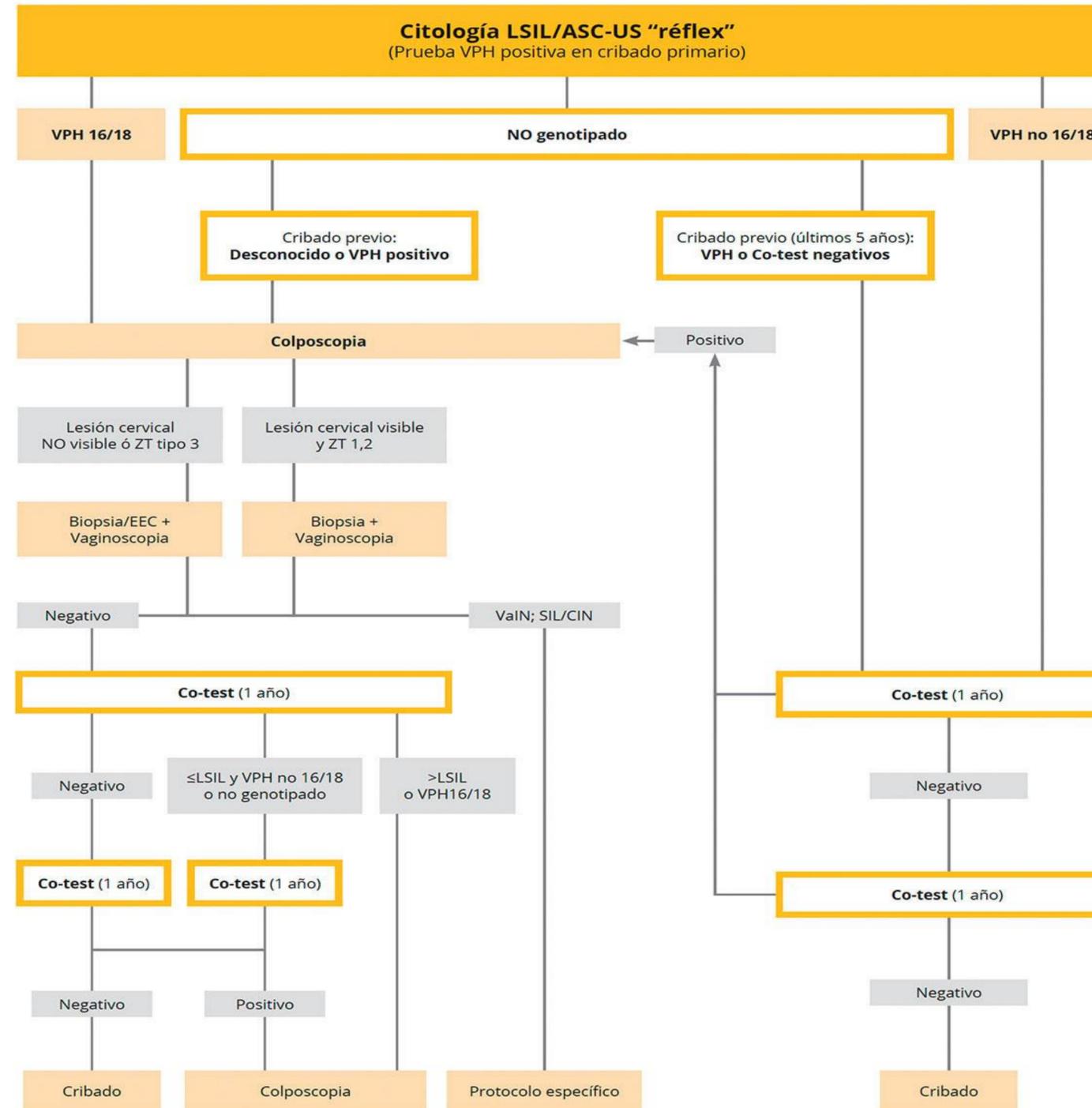
| RESULTADO | HSIL/CIN2+ | | HSIL/CIN3+ | | CCU |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|--------------------|-----------------|------------------|
| | Riesgo inmediato | Riesgo a 5 años | Riesgo inmediato | Riesgo a 5 años | Riesgo inmediato |
| ASC-US (VPH+) | 13,5%(a) | 19,0% (b) | 4,5%– 8,4% (a,e,d) | 6,8% (b) | 0,16% (a) |
| ASC-US (VPH+) cribado previo VPH (-) | --- | --- | 2,0% (c) | 3,8% (c) | --- |
| ASC-US (VPH-) | 0,07% (a) | 1,4% (b) | 0,04% (a) | 0,44% (b) | 0,01% (a) |

(a) Cheung 2020 (212); (b) Demarco 2017 (279); (c) Egemen 2020 (213); (d) Athena Trial (280); (e) Onclarity Trial (129)

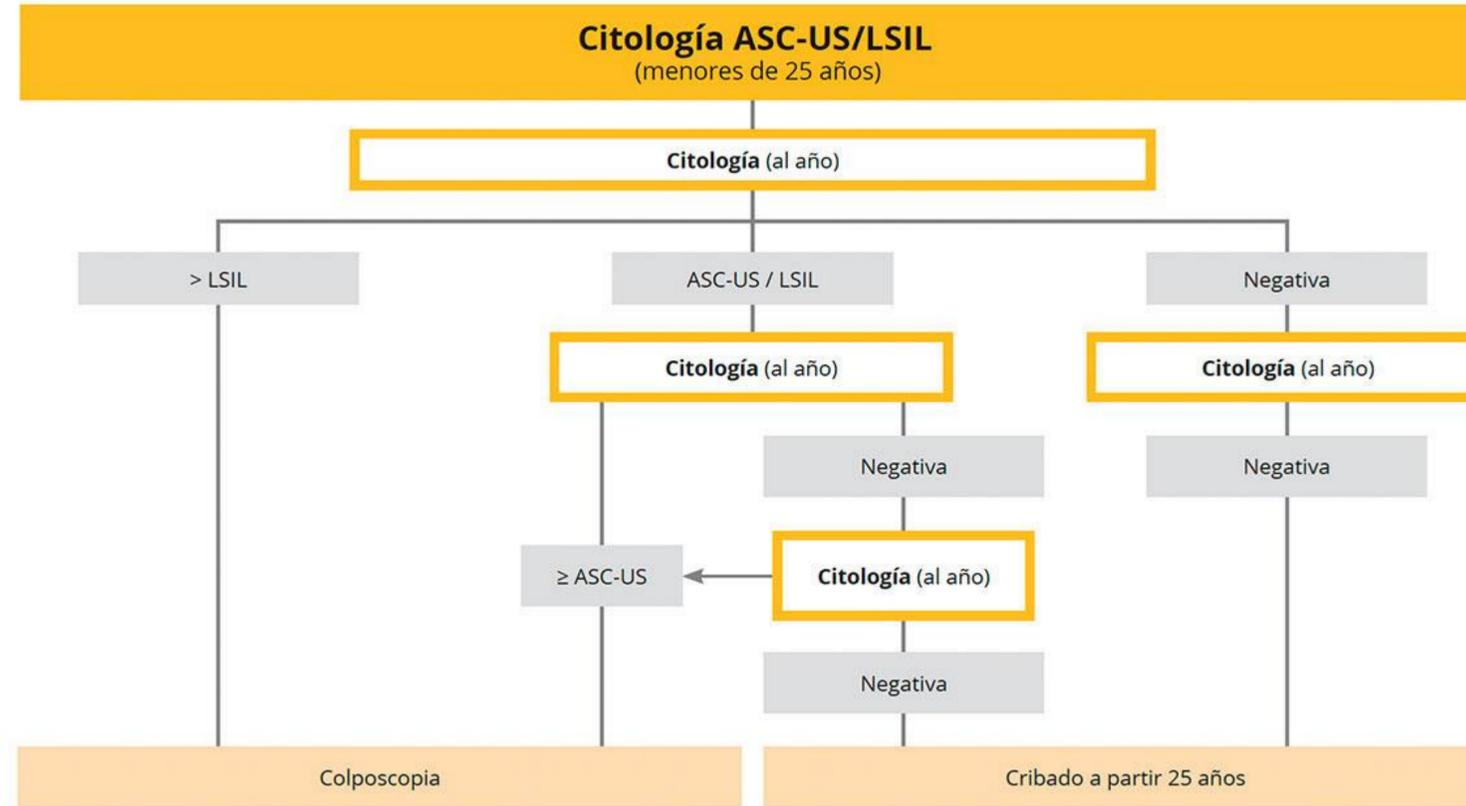
Riesgo de HSIL/CIN2+, HSIL/CIN3+ y CCU en pacientes con cribado ASC-US según prueba de VPH y cribado previo



5.- CITOLOGÍA L-SIL/ASC-US (RÉFLEX)



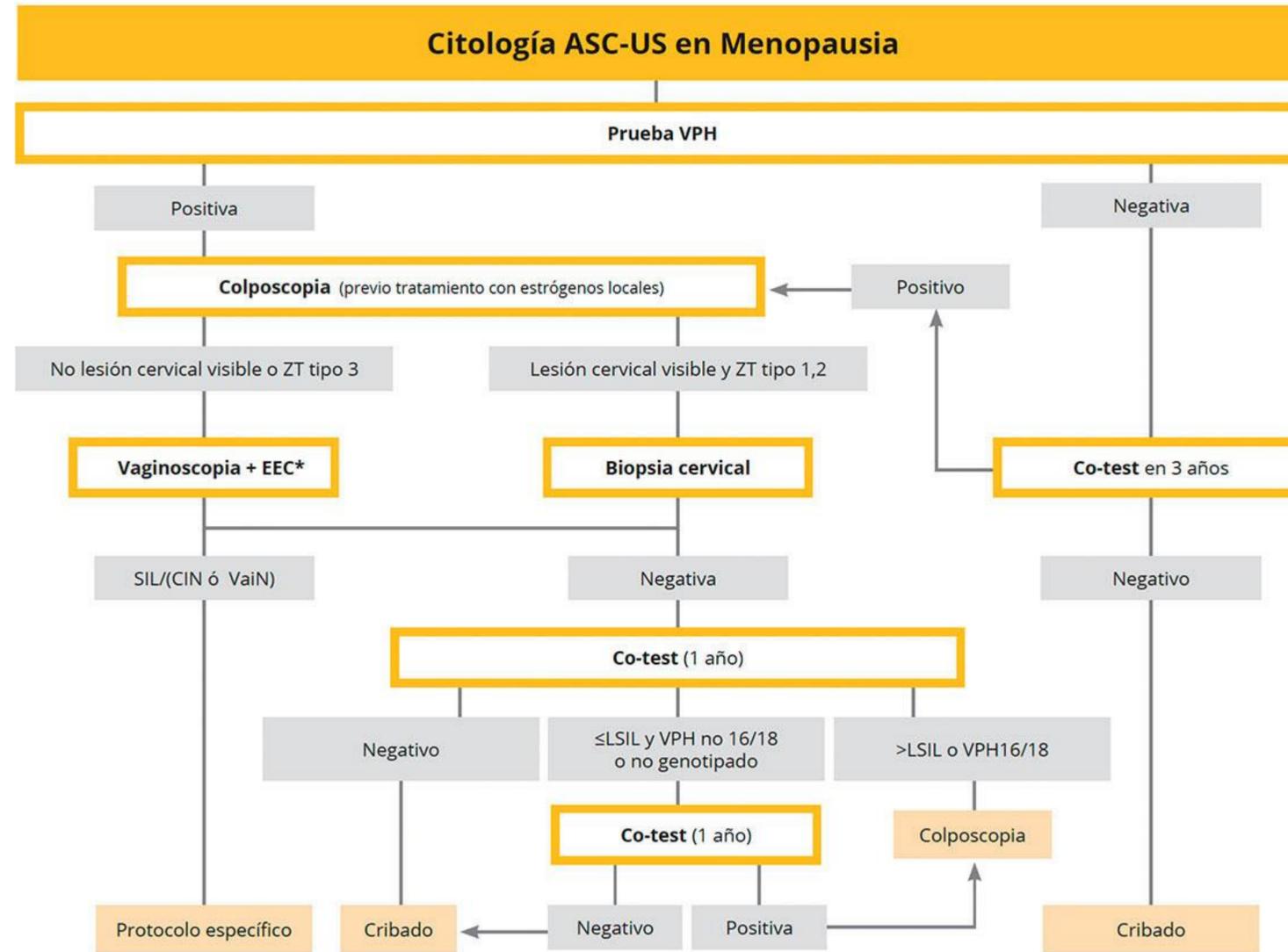
6.- Citología ASC-US/LSIL (menores de 25 años)



AEPC-Guía: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO, 2022.
Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado



7.- Citología ASC-US (en la menopausia)



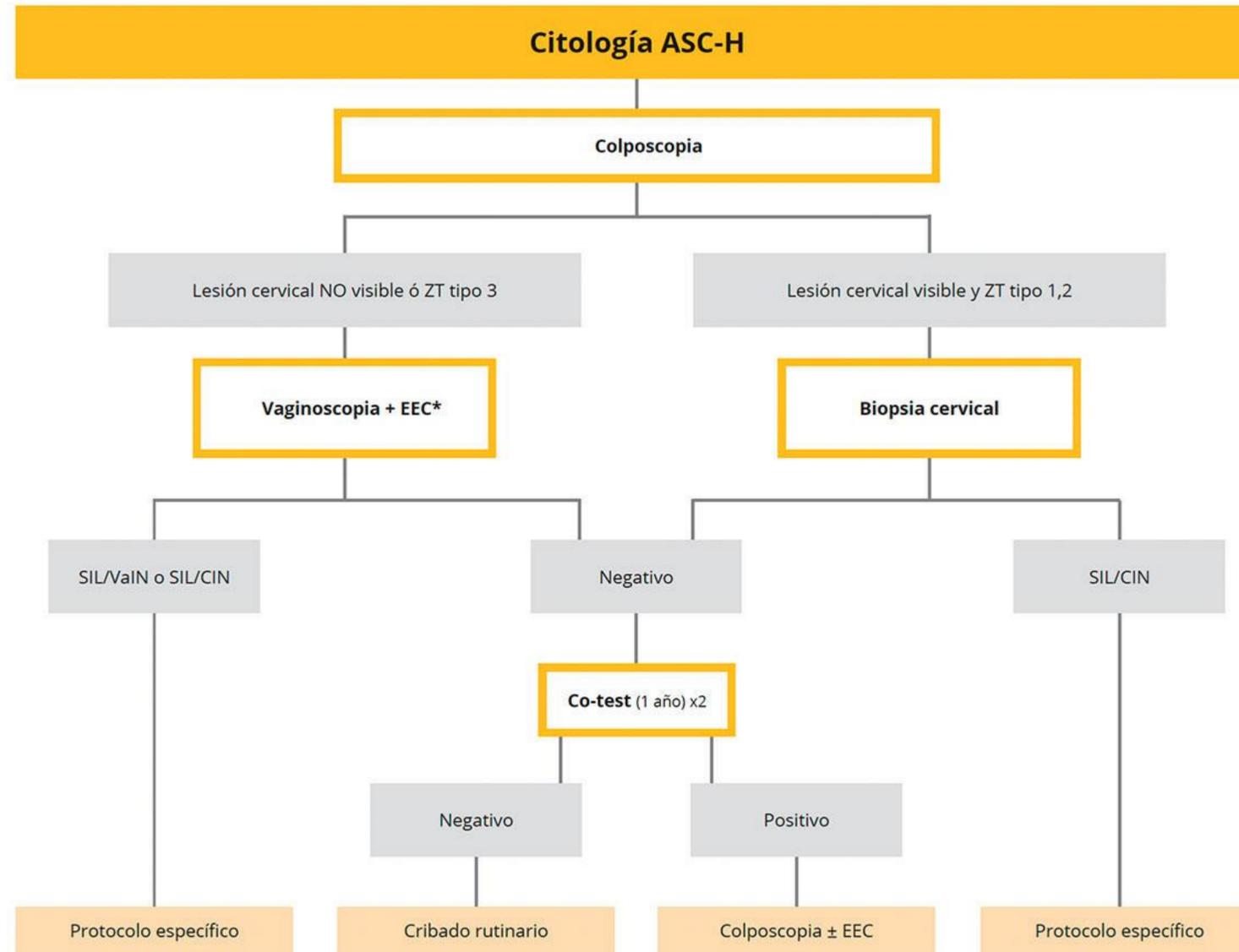
*EEC: estudio endocervical



AEPC-Guía: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO, 2022.
Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado



8.- Citología ASC-H



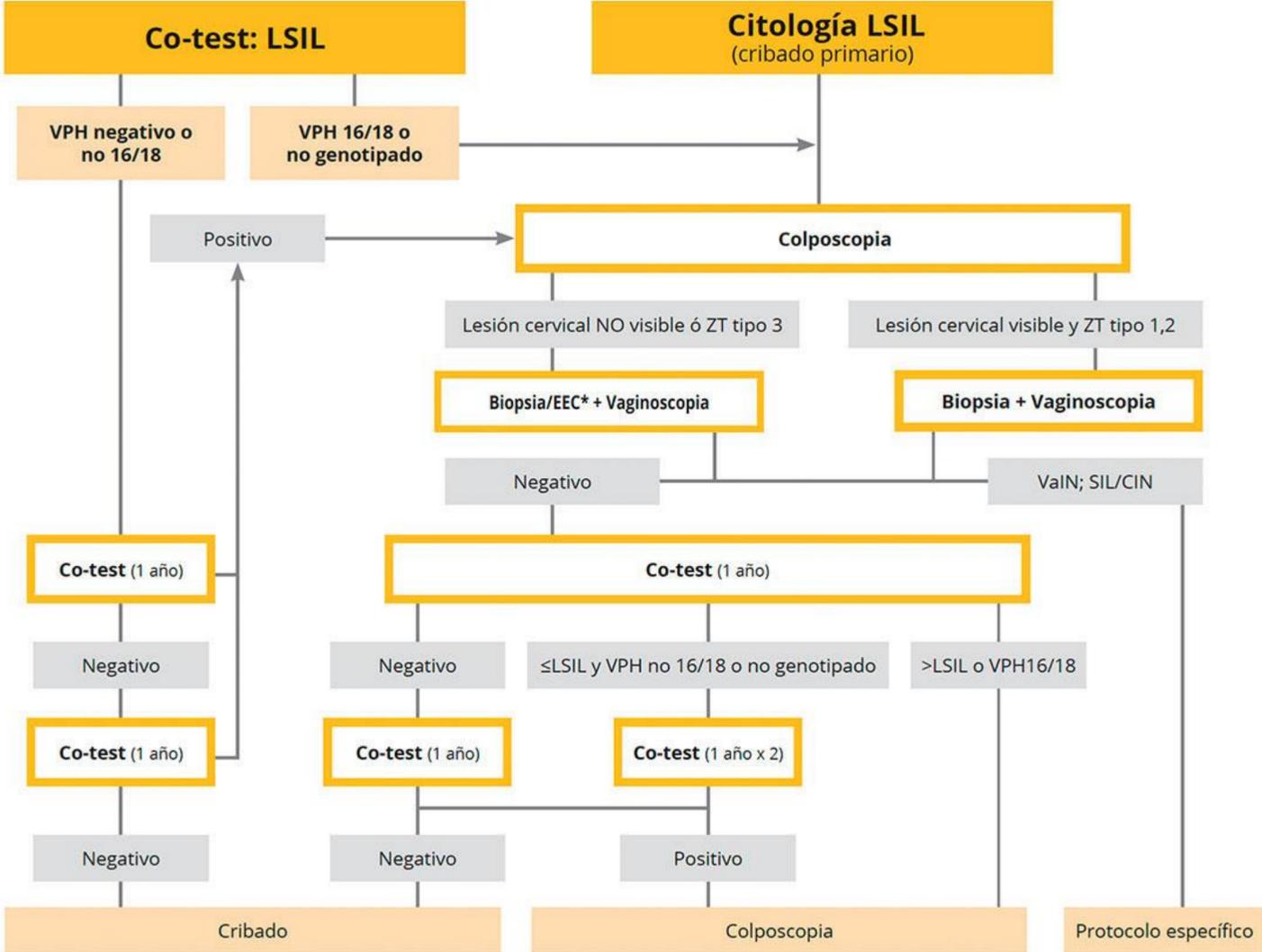
*EEC: estudio endocervical



AEPCC-Guía: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO, 2022.
Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado



9.- Citología L-SIL (cribado primario)



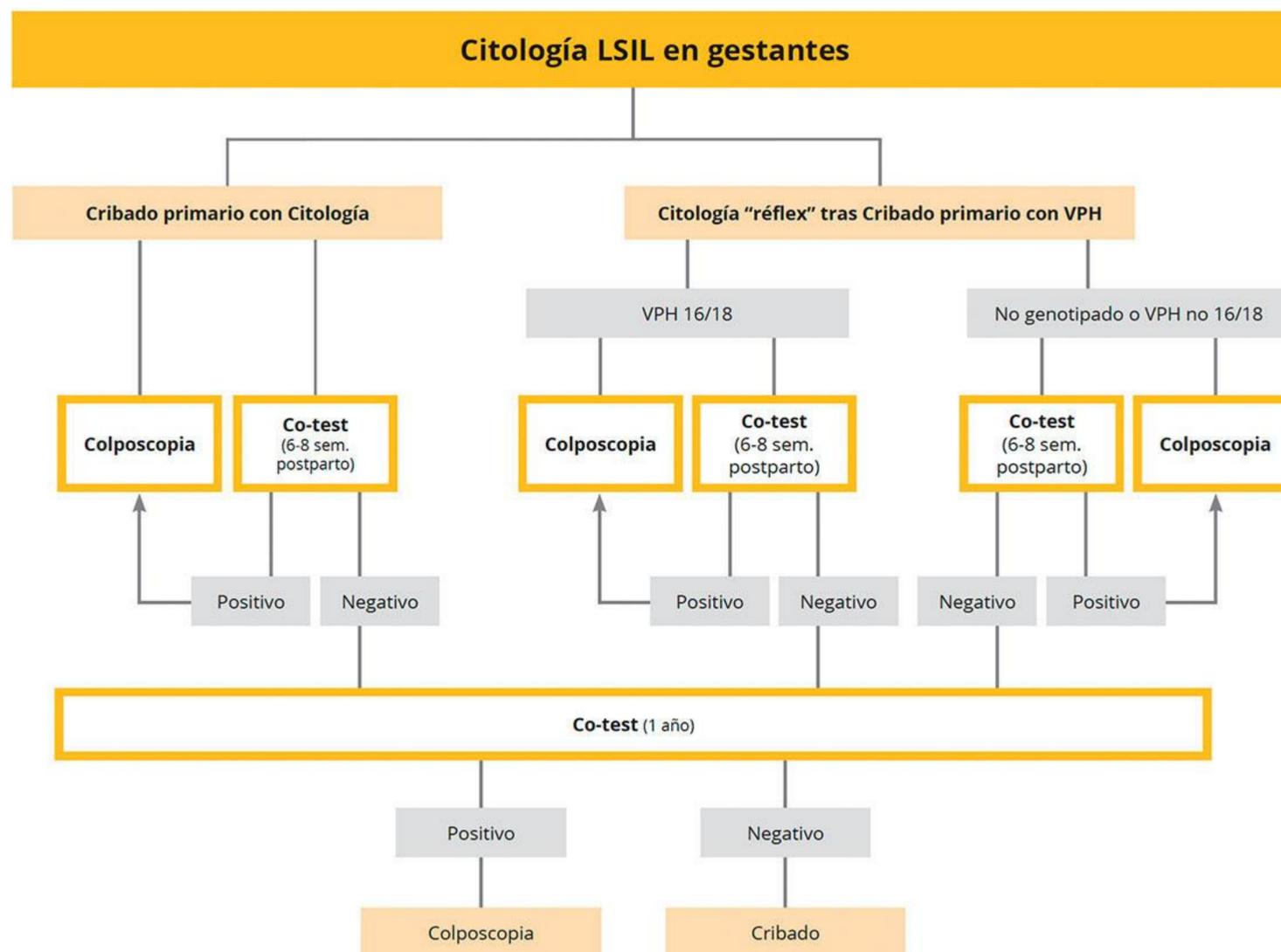
*EEC: estudio endocervical



AEPCG-Guía: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO, 2022. Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado



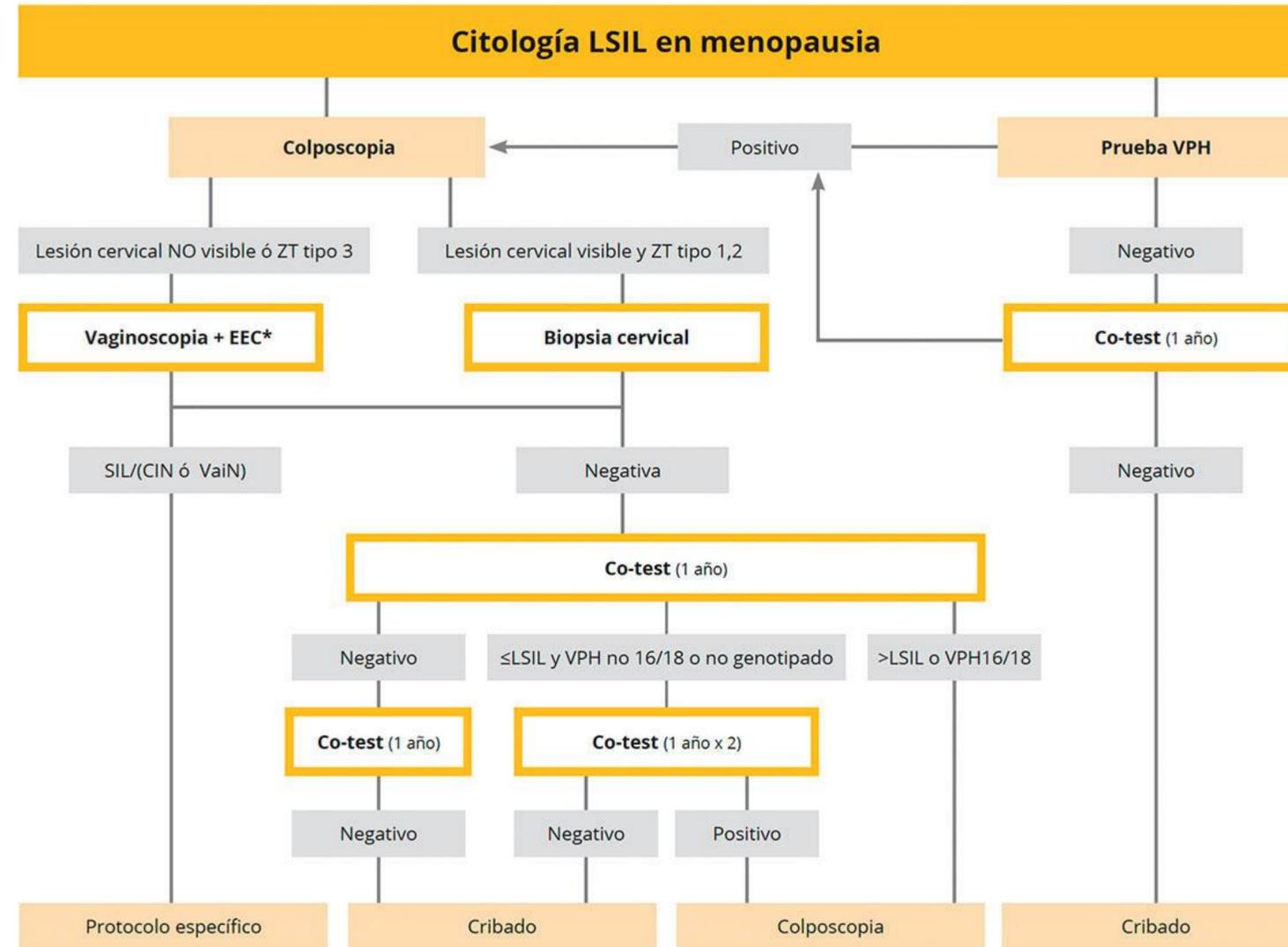
10.- Citología L-SIL (en gestantes)



AEPCC-Guía: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO, 2022.
Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado



11.- Citología L-SIL (en la menopausia)



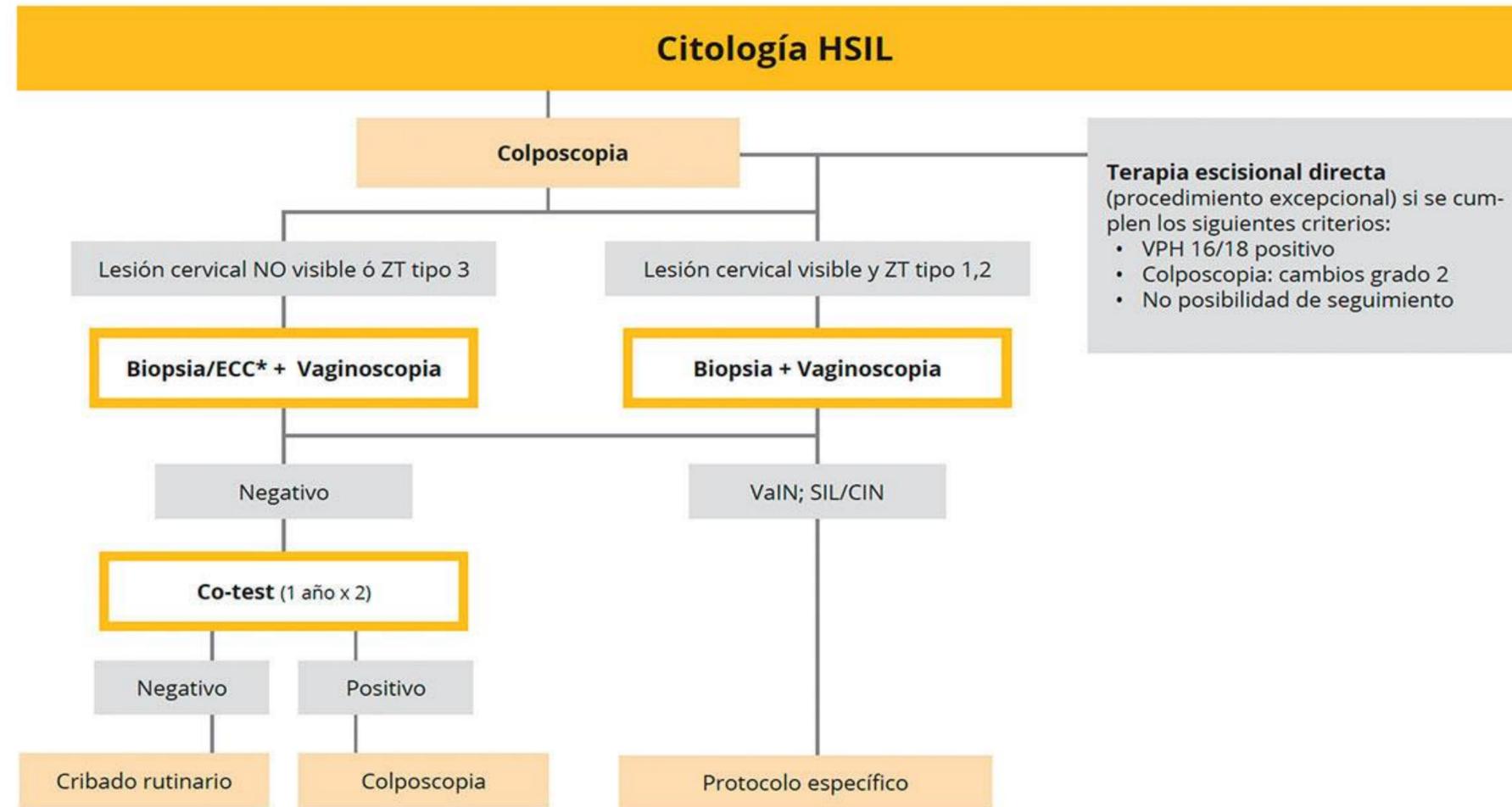
*EEC: estudio endocervical



AEPC-Guía: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO, 2022.
Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado



12.- CITOLOGÍA H-SIL



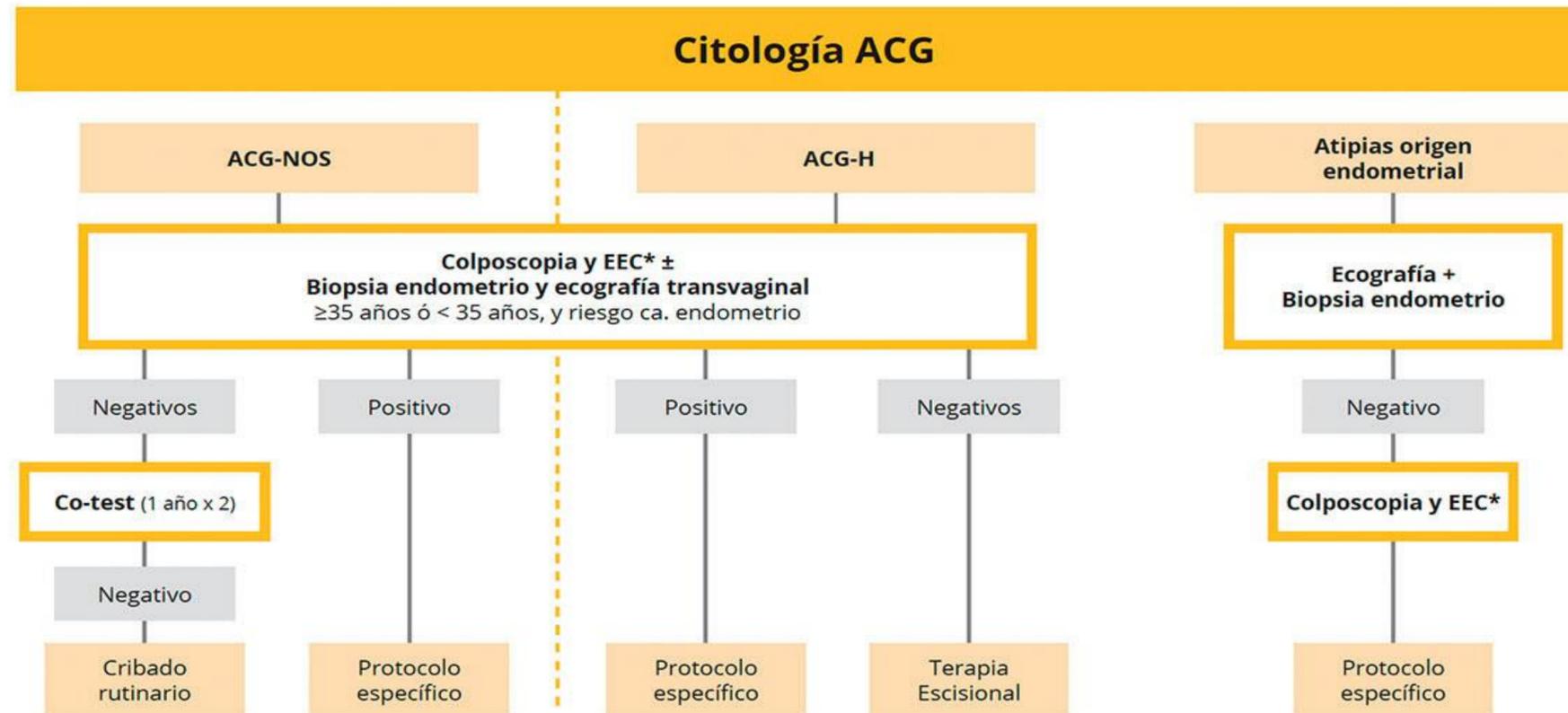
*ECC: estudio endocervical



AEPCC-Guía: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO, 2022.
Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado



13.- CITOLOGÍA AGC



*EEC: estudio endocervical



AEPCG-Guía: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO, 2022.
Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado





B. - MANEJO ANTE RESULTADOS HISTOLÓGICOS ANORMALES

**I.- L-SIL EXOCERVICAL precedido de citología de BAJO GRADO
(ASCUS, L-SIL, NEGATIVA + VPH PERSISTENTE Ó 16/18 ———> BAJO
RIESGO DE CIN 3 a los 5 años, y , por tanto COTEST AL AÑO**

- Al año si:
- * **HPV-AR NEGATIVO** ——— Riesgo bajo de CIN 3+ (<5%)
- * **HPV-AR POSITIVO** ——— Riesgo alto de CIN 3+ (> 5%), y, por tanto, realizar COLPOSCOPIA (al igual si H-SIL/AGC/ASC-H o 16/18 POSITIVO).



MANEJO ANTE RESULTADOS HISTOLÓGICOS ANORMALES

Conoce a fondo la
Guía de Prevención 2022
CURSO ONLINE



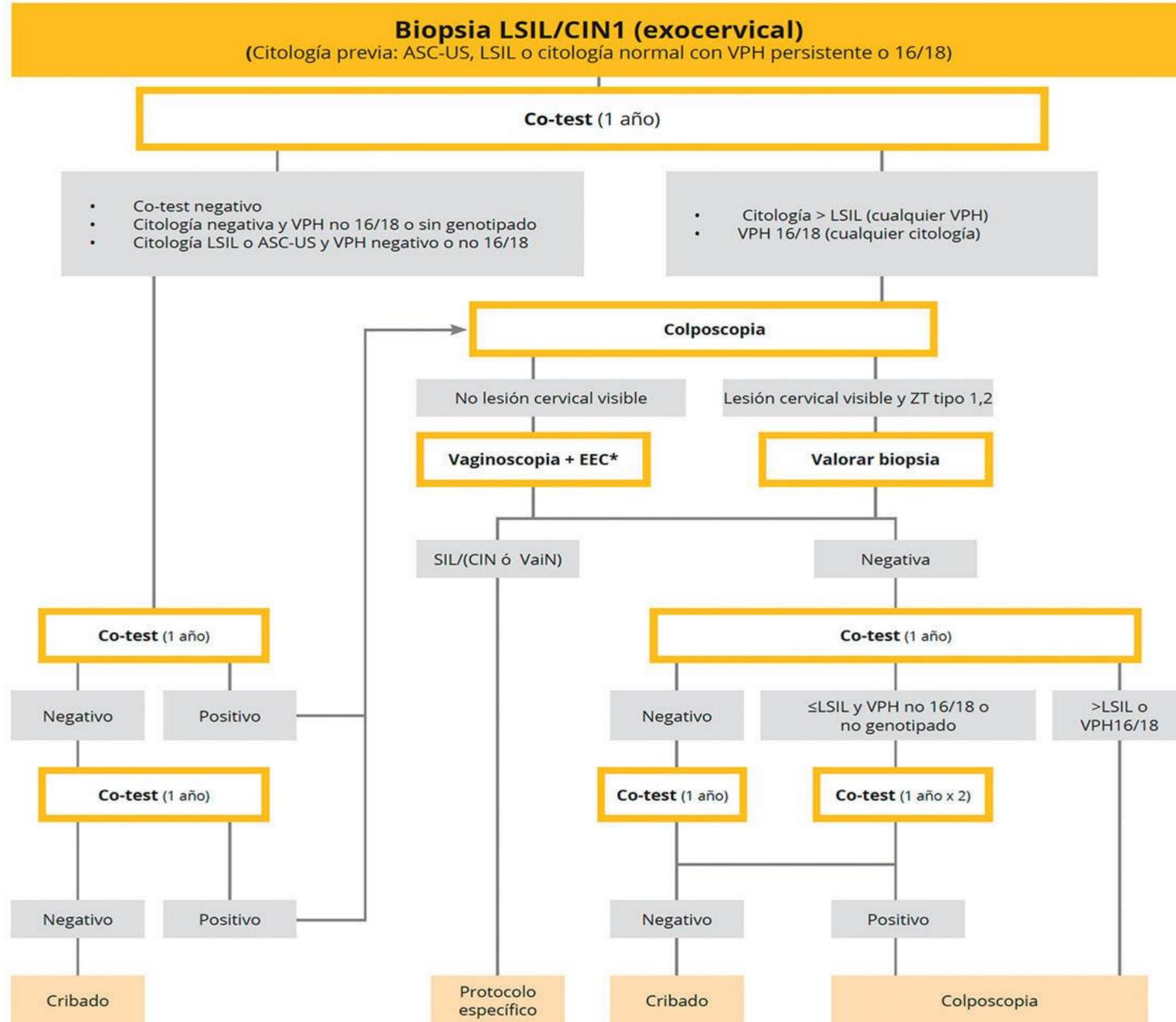
LSIL/CIN1 (LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE BAJO GRADO)

- Diagnóstico histológico LSIL/CIN1 ➡ bajo riesgo desarrollo CCU
- Se asocia a VPH de alto riesgo (80%) y bajo riesgo
- 60-80% se resuelven espontáneamente, 5-10% progresan a HSIL ➤
Objetivo: equilibrio entre prevenir progresión y evitar sobret ratamiento
- Riesgo de progresión varía según citología de inicio (> para citologías ASC-H/HSIL)
- Conducta clínica condicionado por:
 - ✓ Citología de inicio
 - ✓ Localización endocervical o exocervical de la lesión



Biopsia L-SIL/CIN I EXOCERVICAL

(PRECEDIDA DE L-SIL, ASC-US O NORMAL+ VPH PERSISTENTE Ó 16/18)



*EEC: estudio endocervical



AEPC-Guía: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO, 2022.
Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado





II.- L-SIL/CIN I EXOCERVICAL precedido de citología de ALTO GRADO (H-SIL/ASC-H/AGC)

- * Riesgo de CIN 3+ en los siguientes 5 años : 6.5%.
- * La biopsia de L-SIL/CIN I tras citología de ALTO GRADO NO DESCARTA al 100% una lesión H-SIL/CIN 3, por tanto, indicado: - **COTEST AL AÑO.**
 - Tratamiento escisional (también posible).

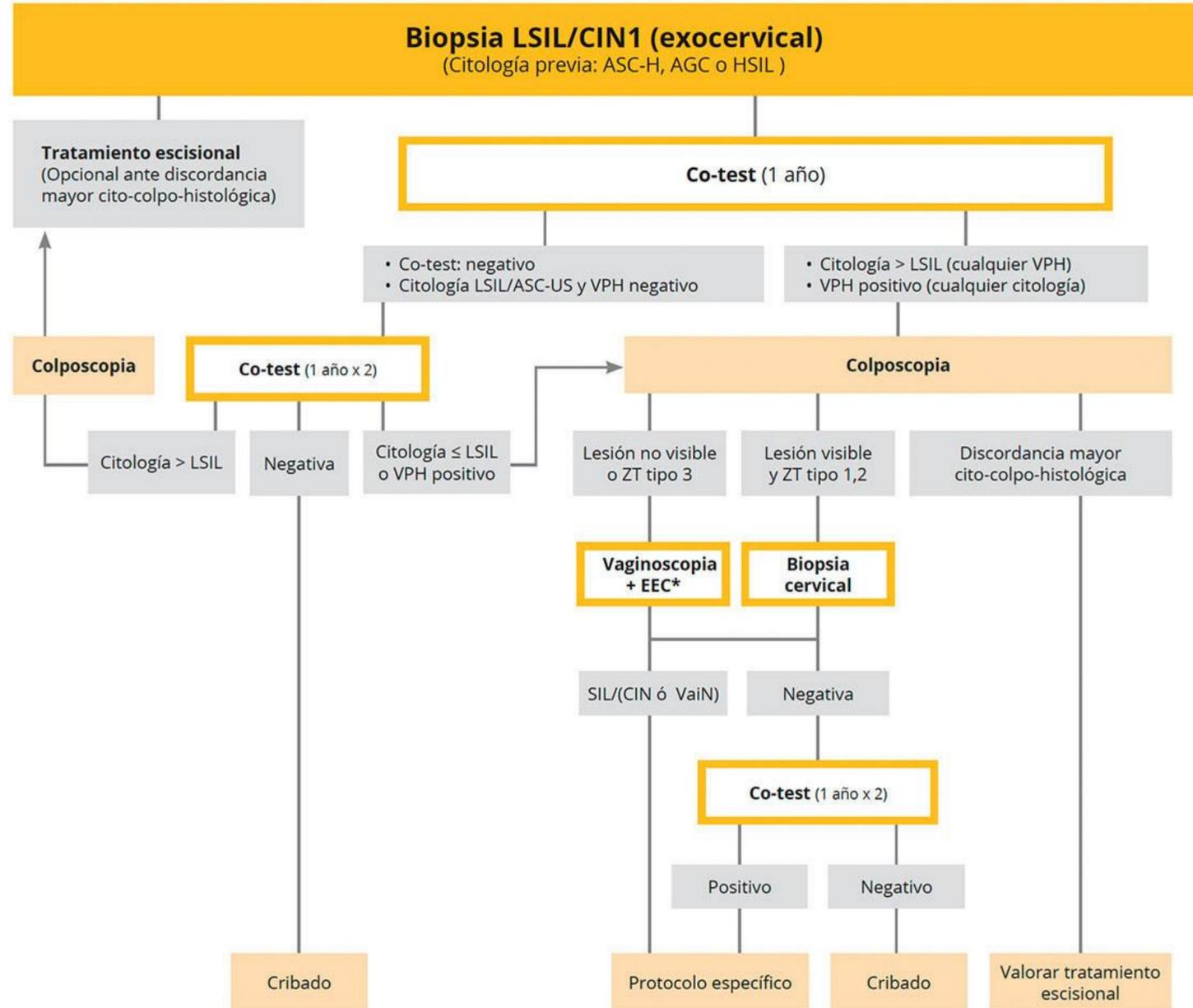
Al año si:

- * **VPH-AR NEGATIVO** y;
 - CITOLOGÍA NEGATIVA ó < L-SIL: **OBSERVACIÓN**
 - CITOLOGÍA H-SIL/ASC-H/AGC —————> **SIEMPRE COLPOSCOPIA**
- * **VPH-AR POSITIVO** —————> **SIEMPRE COLPOSCOPIA**



Biopsia L-SIL/CIN I EXOCERVICAL

(PRECEDIDA DE ASC-H, AGC O H-SIL)



*EEC: estudio endocervical



AEPCG-Guía: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO, 2022.
Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado



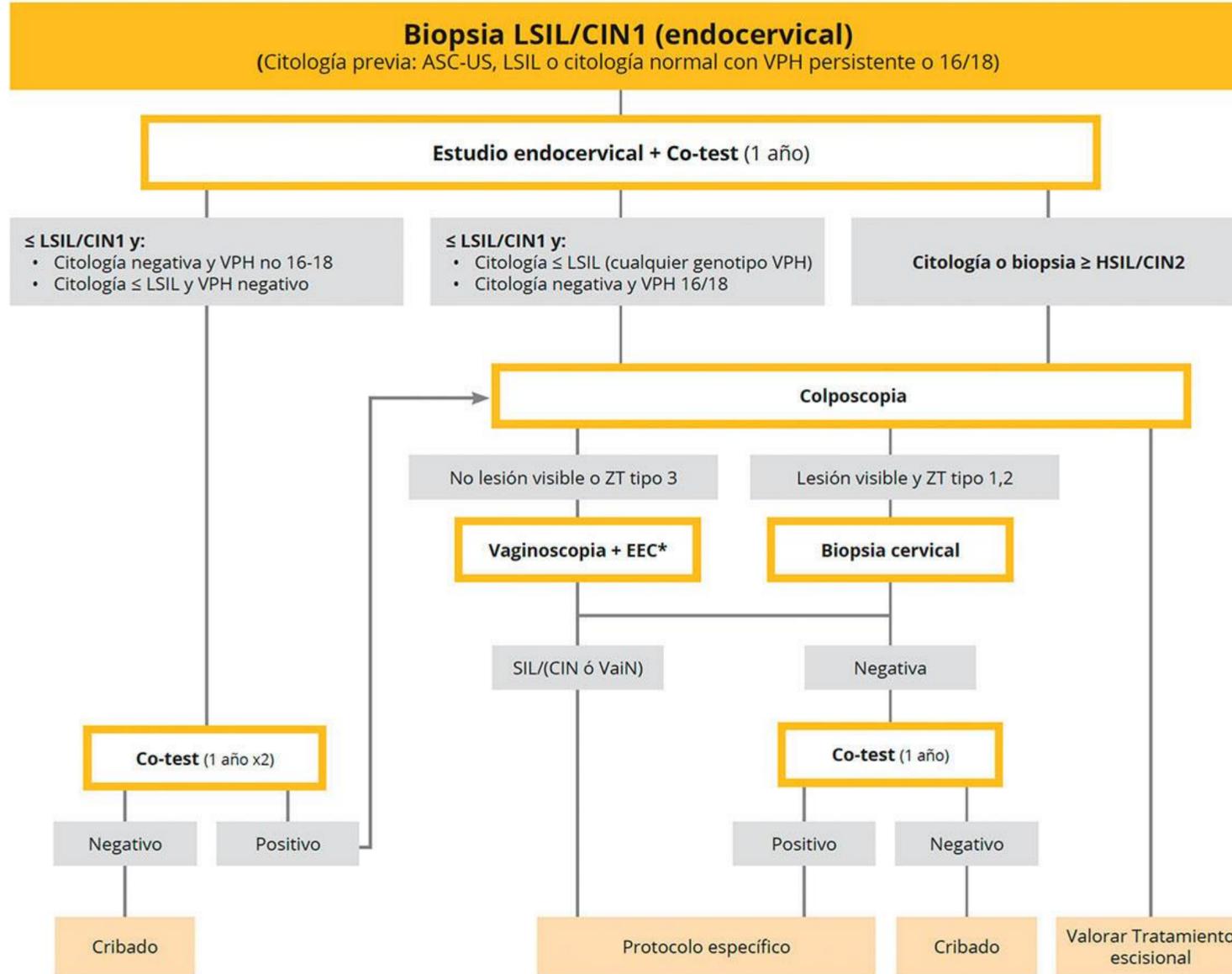


- III.- L-SIL/CIN I ENDOCERVICAL precedido de ASC-US, L-SIL ó citología NEGATIVA con VPH PERSISTENTE ó VPH 16/18
- Riesgo de CIN 3 equiparable al CIN I EXOCERVICAL (3.3% al cabo de 1-2 años si citología L-SIL/ASC-US) —> **abstención terapéutica y seguimiento con COTEST AL AÑO CON ESTUDIO ENDOCERVICAL** (LEC/Toma endocervical con cepillo)



Biopsia L-SIL/CIN I ENDOCERVICAL

(PRECEDIDA DE ASC-US, L-SIL O CITOLOGÍA NEGATIVA CON VPH PERSISTENTE O 16/18)



*EEC: estudio endocervical



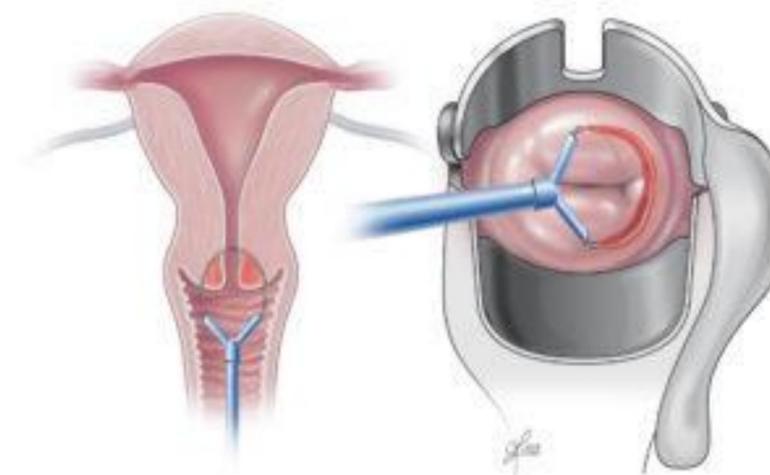
AEPCC-Guía: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO, 2022.
Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado





Castilla-La Mancha

IV. Biopsia L-SIL/CIN I ENDOCERVICAL (PRECEDIDA DE ASC-H, AGC O H-SIL)



SIEMPRE TRATAMIENTO ESCISIONAL
(ESCISIÓN 2 ó 3)

Riesgo de CIN 2+ del 13% en 1-2 años





BIOPSIA H-SIL/CIN 2-3

ALTO RIESGO DE DESARROLLO DE CCU.

- Objetivo del diagnóstico de CIN 2-3:

* Identificar a pacientes con:

- Riesgo de progresión —-> TRATAMIENTO ESCISIONAL
- Posible regresión espontánea —-> OBSERVACIÓN

Factores asociados a regresión:

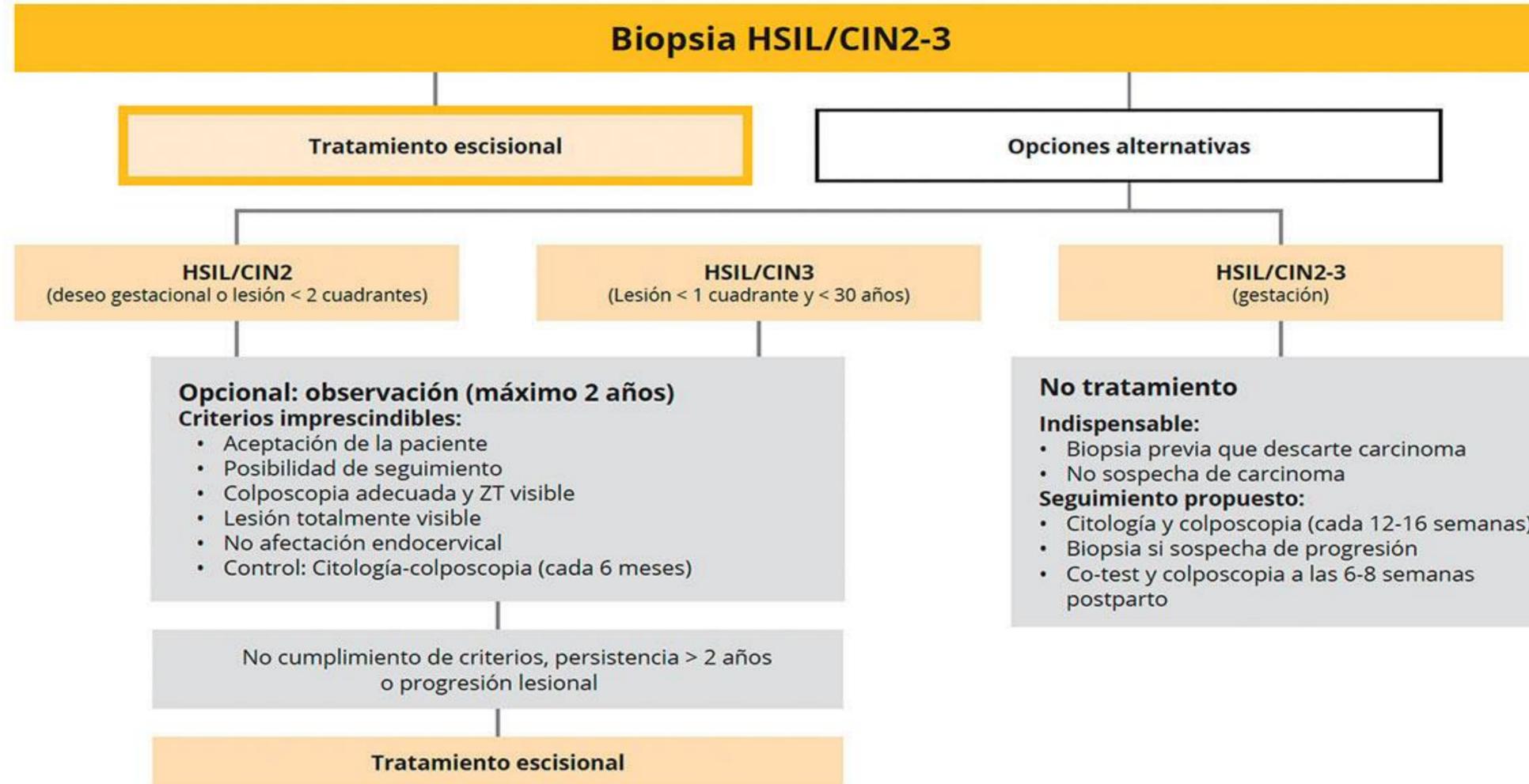
- < 25-30años
- Lesiones no extensas (<1-2 cuadrantes)
- Negativización VPH
- Ausencia de infección por VPH 16.

* En mujeres con CIN 2 —-> NO LÍMITE DE EDAD para proponer OBSERVACIÓN.

* En mujeres con CIN 3 —-> OBSERVACIÓN sólo en < 30años con CIN 3

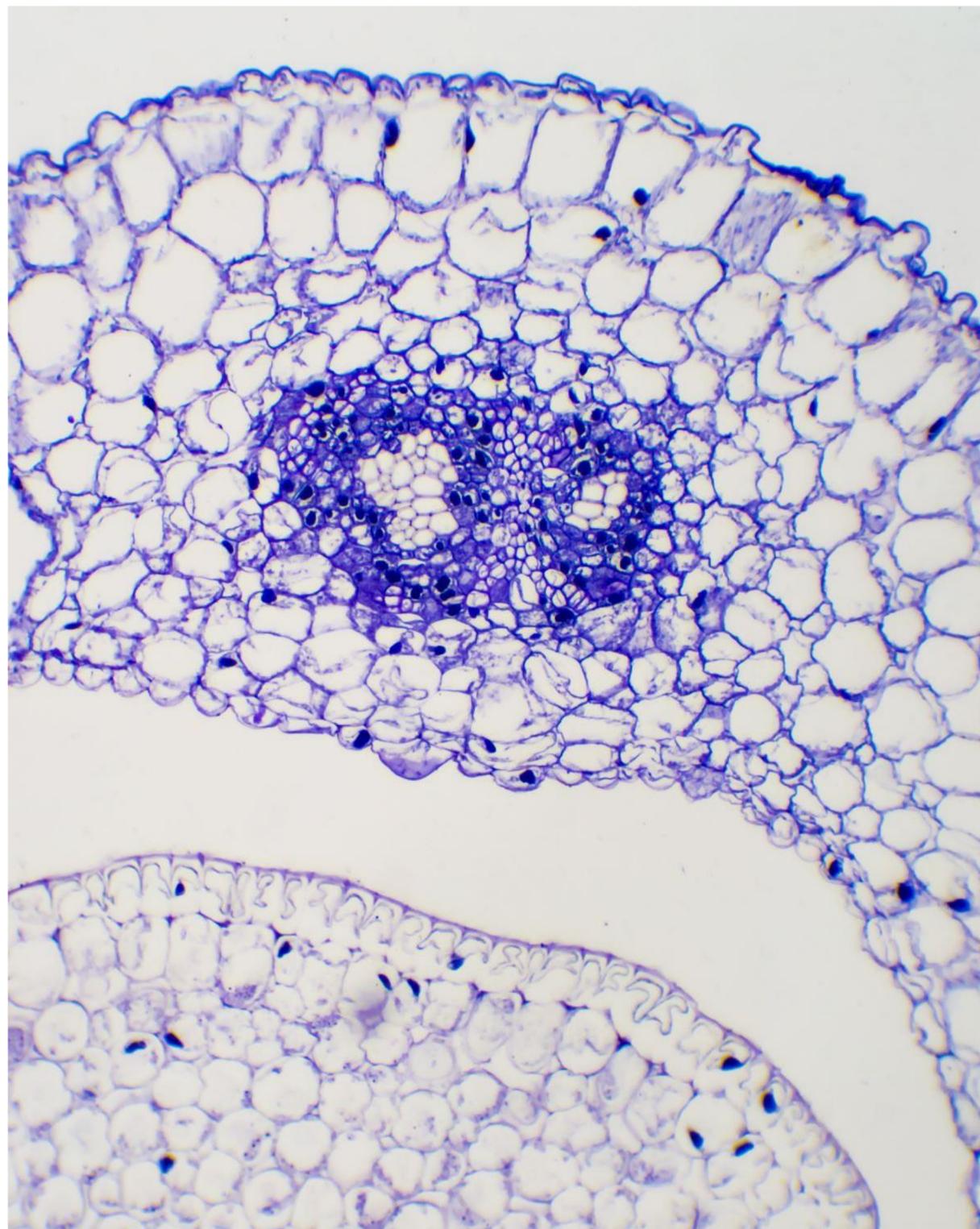


Biopsia H-SIL/CIN 2-3





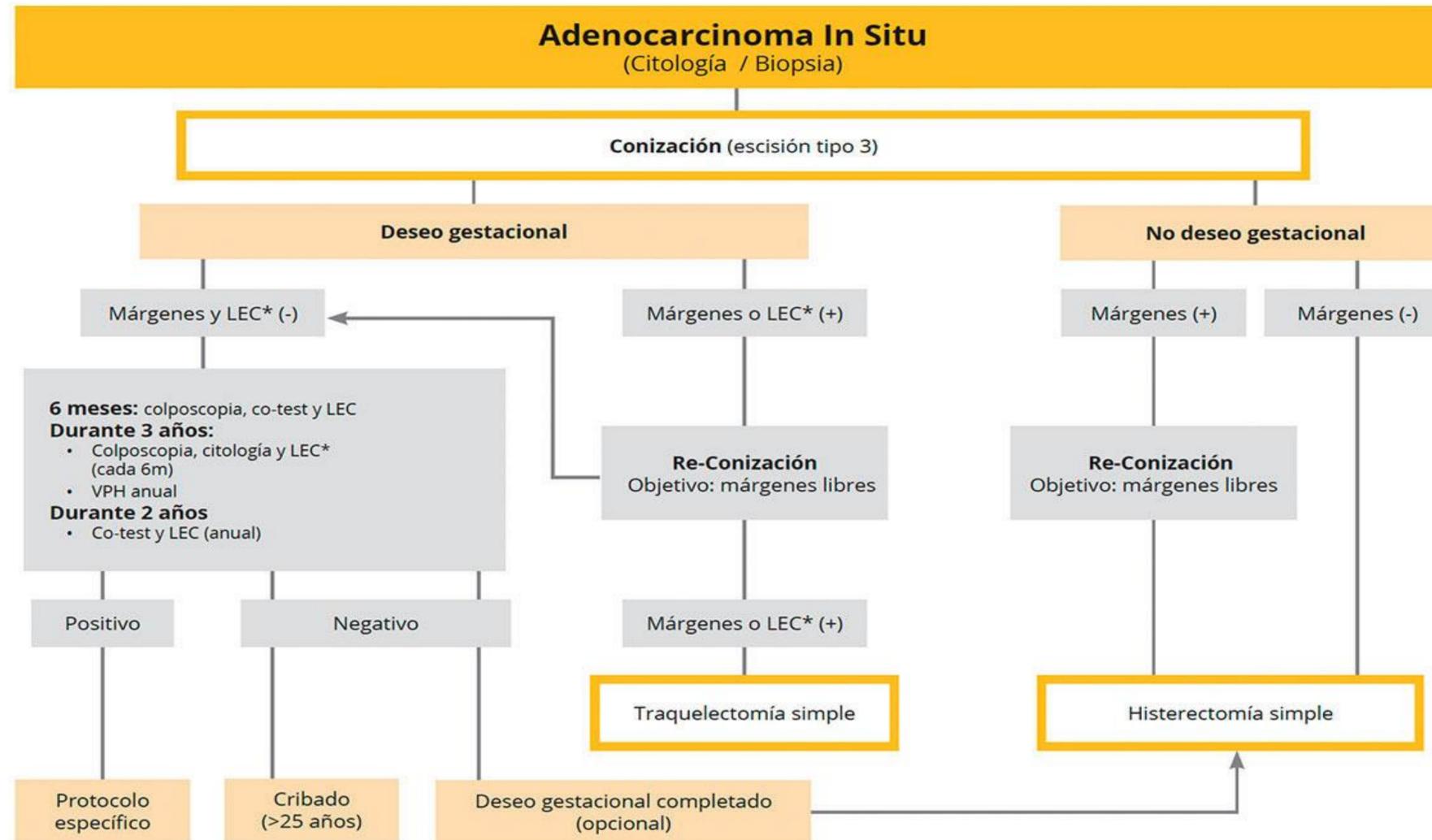
Adenocarcinoma in situ



ADENOCARCINOMA IN SITU



Castilla-La Mancha



* LEC: legrado endocervical



AEPCC-Guía: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO, 2022.
Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado





SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE LA CIN

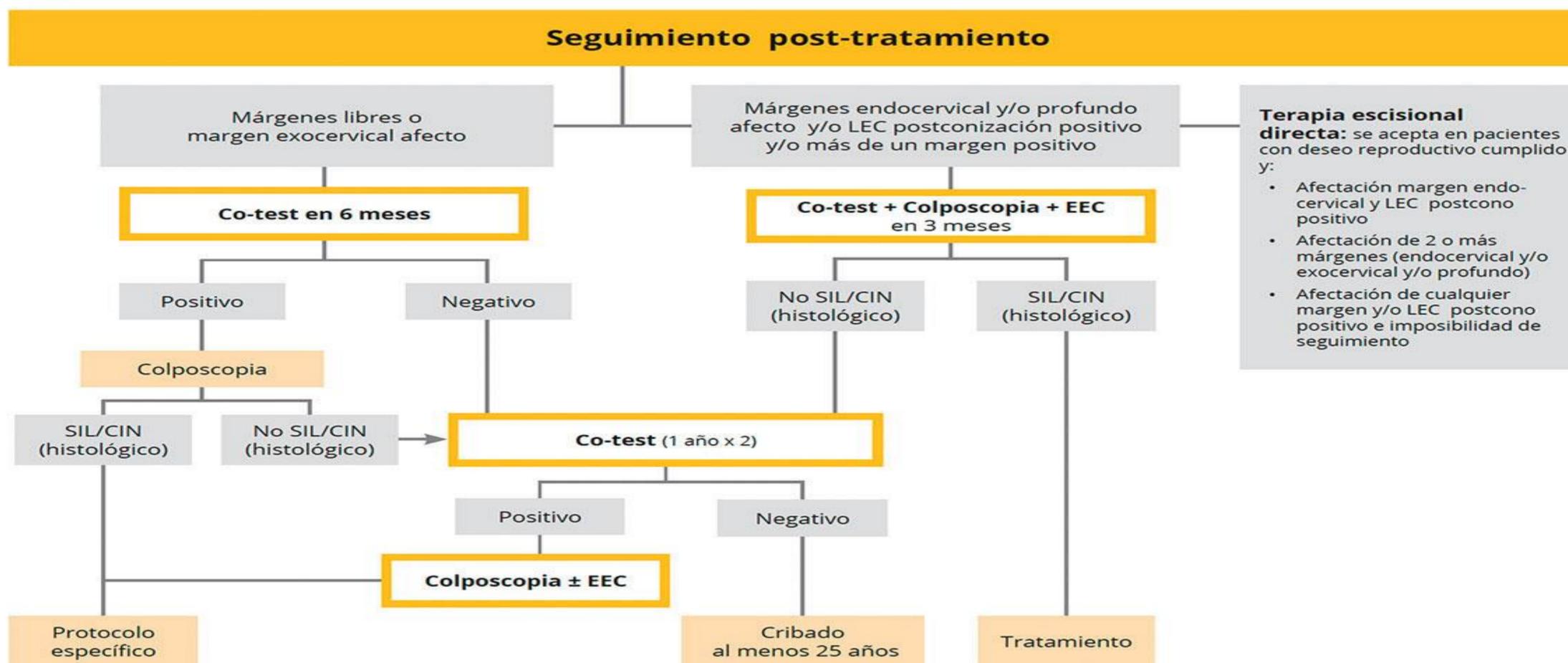
- **Riesgo de H-SIL/CIN 2+** en mujeres tratadas de lesión intraepitelial: **5%** (0.4-19%)
- **Riesgo de CCU** en mujeres tratadas: entre **3 y 12 veces MAYOR** que la población general en los siguientes 10-20 años.

- Pacientes con H-SIL/CIN 2+ no vacunadas: riesgo de lesiones tras cotest negativos en el 1ª y 2ª años es del 1.7 y 0.68% respectivamente —> En España existe vacunación sistemática postratamiento: lo que implica disminución del riesgo, y por eso, se pueden derivar a cribado poblacional.

- *Indicador de calidad en colposcopia: >90% de mujeres conizadas vacunadas*



SEGUIMIENTO POST-TRATAMIENTO





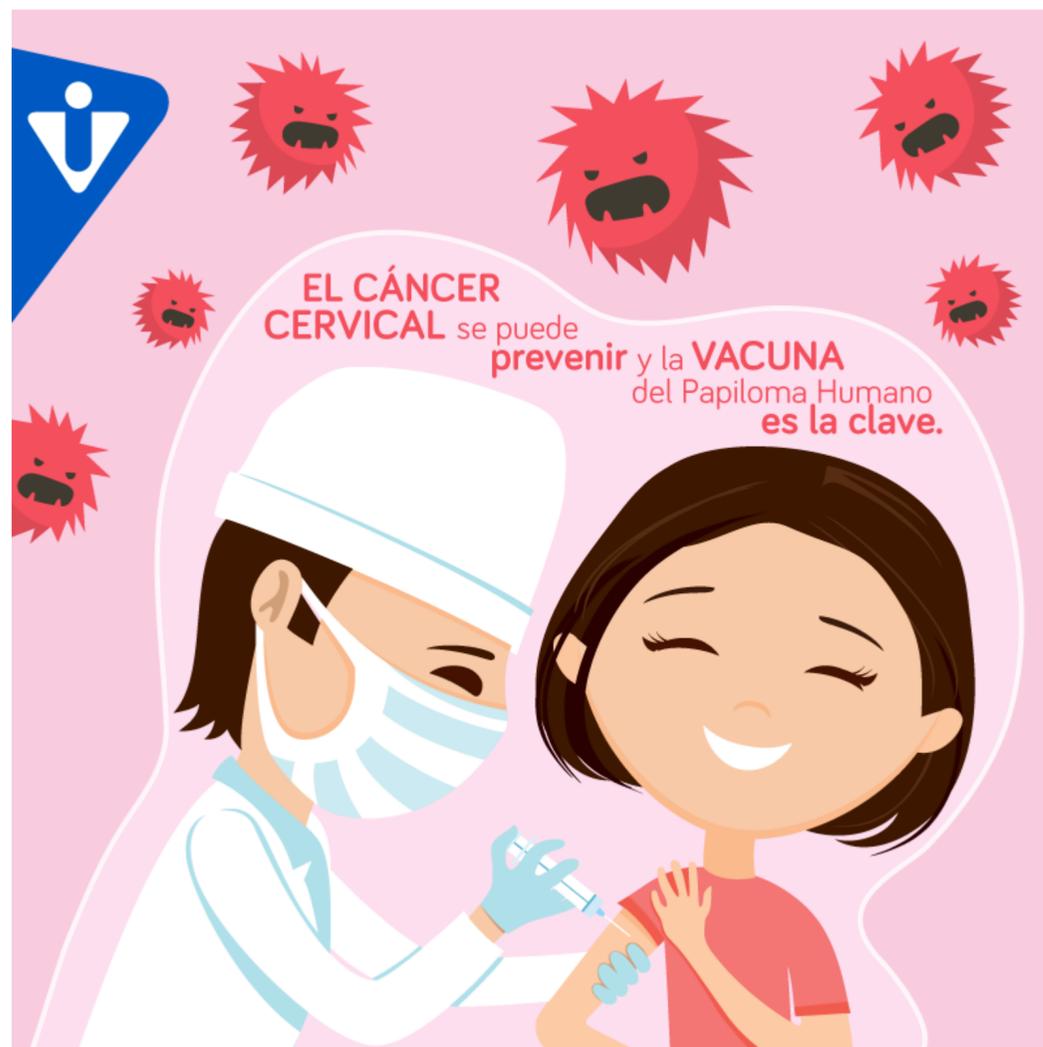
IDEAS PARA LLEVAR A CASA

- 1.- LA INFECCIÓN POR VPH ES LA ETS MÁS FRECUENTE A NIVEL MUNDIAL.
- 2.- DEBEMOS EVITAR ESTIGMATIZAR A LA PACIENTE.
- 3.- IMPRESCINDIBLE COORDINACIÓN ATENSIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA.
- 4.- INCIDIR EN:





Castilla-La Mancha



PREVENCIÓN PRIMARIA

¿PARA QUIÉN?

PARA TODOS

I JORNADA SOBRE EL CRIBADO DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO DE CASTILLA-LA MANCHA





Castilla-La Mancha



PREVENCIÓN SECUNDARIA

I JORNADA SOBRE EL CRIBADO DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO DE CASTILLA-LA MANCHA



BIBLIOGRAFÍA

- AEPCC-GUÍA: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO, 2022. CONDUCTA CLÍNICA ANTE RESULTADOS ANORMALES DE LAS PRUEBAS DE CRIBADO. Coordinador: Torné A. Secretaría: del Pino M. Autores: Torné A; Andía D; Bruni L; Centeno C; Coronado P; Cruz Quílez J; de la Fuente J; de San José S; Ibáñez R; Llovera B; Lubrano A; MatíasGuiu X; Medina N; Ordi J; Ramírez M; del Pino M.
- CERVICAL INTRAEPITELIAL NEOPLASIA: DIAGNOSTIC EXCISIONAL PROCEDURES. Mitchel S Hoffman M, MD; William J Mann, Jr MD. UpTo Date Nov 2022.
- AEPCC-Guía: COLPOSCOPIA. ESTÁNDARES DE CALIDAD. Coordinador: Torné A. Secretaria: del Pino M. Autores: Andía D., Castro M., de la Fuente J., Hernández J.J., López J.A., Martínez J.C, Medina N., Quílez J.C, Ramírez M., Ramón y Cajal J.M. Publicaciones AEPCC. 2018; pp: 1-80.
- AEPCC-Guía: Vacunación selectiva frente al virus del papiloma humano en poblaciones de riesgo elevado. Coordinador: Campins, M. Autores: Alemany L., Bayas J.M., Borrueal N., Campins M., Castellsagué X., Curran A., Díaz de Heredia C., Martínez X., Moraga-Llop F.A, Torné A. Revisores-Editores: Torné A., del Pino M. Publicaciones AEPCC. 2016; pp: 1-46. ISBN 978-84-617-6553-9.
- MANAGEMENT OF CERVICAL PREMALIGNANT LESIONS. Current Problems in Cancer. Partha Bass, MD; Katayoun Taghavi, PhD; Shang-ring Hu, PhD.



BIBLIOGRAFÍA

- EUROPEAN GUIDELINES FOR QUALITY ASSURANCE IN CERVICAL SCREENING. Second edition – Supplements. Luxembourg:European Union; 2015.
- PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CÉRVIX. Dirección General de Atención Sanitaria. Área de Atención Primaria. SESCAM; 2004.
- PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CÉRVIX. Dirección General de Atención Sanitaria. Área de Atención Primaria. SESCAM; 2022.
- GLOBAL STRATEGY TO ACCELERATE THE ELIMINATION OF CERVICAL CANCER AS A PUBLIC HEALTH PROBLEM. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Nayar R, Chhieng DC, Crothers B, Darragh TM, Davey DD, Eisenhut C, et al. Moving FORWARD—THE 2019 ASCCP RISK-BASED MANAGEMENT CONSENSUS GUIDELINES FOR ABNORMAL CERVICAL CANCER SCREENING TESTS AND CANCER PRECURSORS AND BEYOND: IMPLICATIONS AND SUGGESTIONS FOR LABORATORIES. J Am Soc Cytopathol. 2020;9(4):291–303.
- Guido R. Secondary prevention of cervical cancer part 2: INITIAL MANAGEMENT OF ABNORMAL CERVICAL CANCER SCREENING TEST. Clin Obstet Gynecol. 2014;57(2):292–301.
- Zorzi M, Del Mistro A, Giorgi Rossi P, Laurino L, Battagello J, Lorio M, et AL. RISK OF CIN2 OR MORE SEVERE LESIONS AFTER NEGATIVE HPV-MRNA E6/E7 OVEREXPRESSION ASSAY AND AFTER NEGATIVE HPV-DNA TEST: CONCURRENT COHORTS WITH A 5-YEAR FOLLOW-UP. Int J Cancer. 2020;146(11):3114–23.





BIBLIOGRAFÍA

- Guido R. SECONDARY PREVENTION OF CERVICAL CANCER PART 2: INITIAL MANAGEMENT OF ABNORMAL CERVICAL CANCER SCREENING TEST. Clin Obstet Gynecol. 2014;57(2):292–301.
- Zorzi M, Del Mistro A, Giorgi Rossi P, Laurino L, Battagello J, Lorio M, et AL. RISK OF CIN2 OR MORE SEVERE LESIONS AFTER NEGATIVE HPV-MRNA E6/E7 OVEREXPRESSION ASSAY AND AFTER NEGATIVE HPV-DNA TEST: CONCURRENT COHORTS WITH A 5-YEAR FOLLOW-UP. Int J Cancer. 2020;146(11):3114–23.
- Torné A, Pino M del, Cusidó M, Ponce J. AEPCG-Guía: PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO [Internet]. Publicaciones A EPCC; 2015. 56 p. Available from: https://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2016/01/AEPCC_revista02.pdf
- Suchonska B, Gajewska M, Madej A, Wielgoś M. CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA DURING PREGNANCY. Indian J Cancer. 2020;57(1):31–5.





irustarazo@sescam.jccm.es

**CONSULTA PATOLOGÍA TRACTO GENITAL
INFERIOR: EXT: 43949/44188**

I JORNADA SOBRE EL CRIBADO DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO DE CASTILLA-LA MANCHA

